



vdak Verband der
Angestellten-
Krankenkassen e.V.

AEV AEV - Arbeiter-
Ersatzkassen-
Verband e.V.



KNAPPSCHAFT



Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

Diskussionsveranstaltung

"Gesundheit nachhaltig gestalten"

Mittwoch, 28. Juni 2006
im Hotel Aquino, Tagungszentrum, Katholische Akademie,
Hannoversche Straße 5b, 10115 Berlin

1. **Gesundheitsreformen müssen sich daran messen lassen, ob sie das Gesundheitssystem verbessern und vorhandene Probleme lösen.**

2. **Welche Probleme müssen gelöst werden?**
 - **stagnierende und tendenziell rückläufige Einnahmen, da**
 - mehrfache Absenkung der Beiträge für Arbeitslose in den vergangenen Jahren bei gleichzeitig hoher Arbeitslosigkeit: jährliche Mindereinnahmen ca. 4 Mrd. Euro
 - Rückgang der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse
 - aktuell stagnierende Renten, künftig sinkendes Rentenniveau
 - künftig: steigender Anteil der Rentner in der GKV;

 - **steigende Ausgaben**, insbesondere bei
 - Arzneimitteln: 2005: +16,7 % je Mitglied
1. Quartal 2006: +10,5 % je Mitglied
 - stationärer Versorgung: 2005: +3,3 % je Mitglied
1. Quartal 2006: +5,8 % je Mitglied
 - Steigender Leistungsbedarf aufgrund der demographischen Entwicklung (lt. Inifes ca. 500 Mio. Euro jährlich bis 2040) erfordert eine Erhöhung der Produktivität der Gesundheitsversorgung durch effizientere und effektivere Versorgungsstrukturen.

 - **Qualitätsdefizite**, insbesondere auch wegen
 - mangelnder Abstimmung und Koordinierung
 - Mangel an evidenzbasierter Medizin mit der Folge von Über-, Unter- und Fehlversorgung
 - Mangel an Patientenorientierung und Transparenz,
Letzteres insbesondere hinsichtlich der Fragen:
Welche Diagnostik und Behandlung ist state of the art?
Wer bietet was mit welcher Qualität und mit welchen Kosten an?

3. **Welche Reformvorschläge werden von der Politik aktuell diskutiert, bzw. mit welchen Vorschlägen sind die Parteien in die Verhandlungen gegangen?**
 - **Reformvorhaben der SPD**
 - **Wettbewerb**
Übergang Vertragskompetenzen von den Verbänden auf die Krankenkassen bei weitgehendem Wegfall des Kontrahierungszwanges

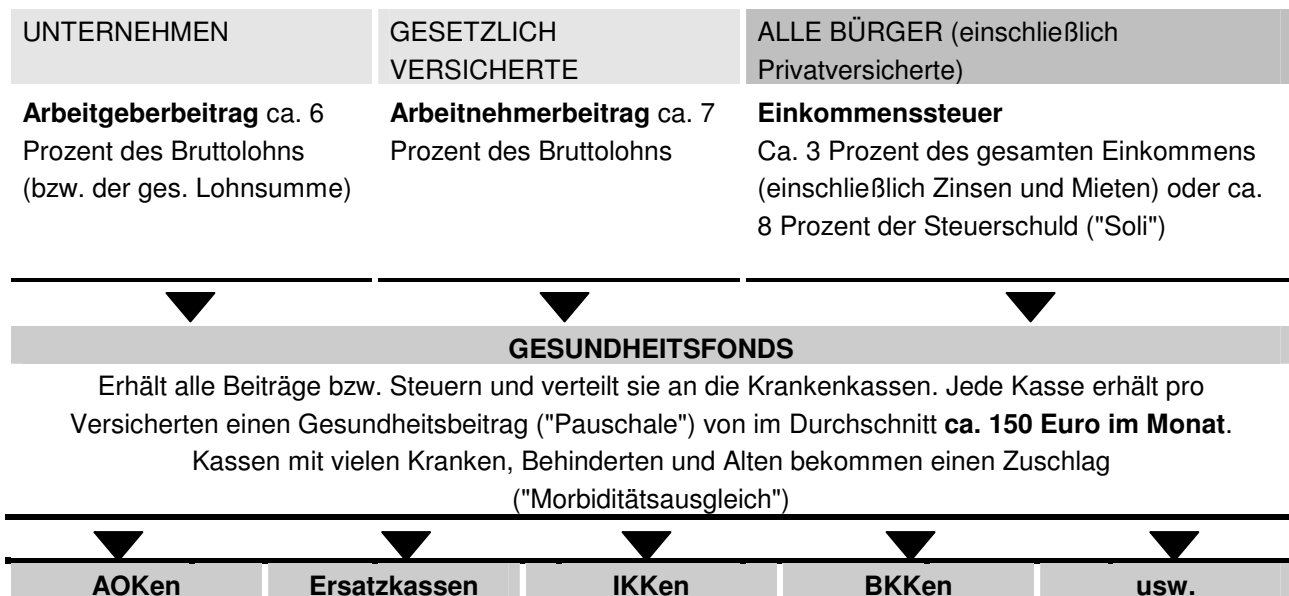
 - **Organisationsreform**
 - **Konzentration der Krankenkassen** durch Vorgabe von Mindestgrößen und kassenartenübergreifende Fusionen (nur große Kassen können notwendige Vertragskompetenzen aufbauen)

- Ersatz der heutigen Verbände durch einen **Dachverband**, mit den mutmaßlichen Aufgaben: Abschluss der gemeinsamen Verträge auf Bundesebene – soweit diese im neuen Wettbewerbssystem noch erforderlich sind, z.B. Weiterentwicklung und Pflege der Vergütungssysteme
- Ersatz der gemeinsamen Selbstverwaltung durch eine **Regulierungsbehörde**, die allein durch die Übernahme der Aufgaben des heutigen Gemeinsamen Bundesausschusses erheblich mehr Kompetenzen haben würde als vergleichbare Regulierungsbehörden (Telekommunikation, Post, Energie)

- **Staatlicher Gesundheitsfonds**
 - einkommensabhängige Beiträge aller Bürgerinnen und Bürger an einen staatlichen Gesundheitsfonds, der den Krankenkassen nach den Kriterien des RSA quasi risikoadjustierte Pauschalen pro Versicherten zuweist
 - zusätzliche "kleine" Kopfprämien pro erwachsenen Versicherten zur Finanzierung der Kassenausgaben, die durch die Pauschalen aus dem Fonds nicht gedeckt sind

- **Reformvorstellungen von CDU/CSU**
 - keine nennenswerte Ausweitung des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern
 - Ablehnung kassenartenübergreifender Fusionen, insbesondere auch durch die CDU/CSU-Länder wegen der Gefahr einer faktischen Aushöhlung der Aufsichtskompetenzen der Länder
 - Ablehnung von Regulierungsbehörde und Vorbehalte gegen einen Dachverband wegen der Gefahr der Vereinheitlichung der Krankenkassen (Einheitskasse)
 - weitere Privatisierung des Gesundheitsrisikos durch Erhöhung von Zuzahlungen und Leistungsausgrenzungen
 - Gesundheitsfonds und "kleine" Kopfprämie ähnlich wie im SPD-Konzept
 - Finanzierung des künftigen Beitragsbedarfs ausschließlich durch Erhöhung der "kleinen" Kopfprämie

4. Der Gesundheitsfonds



5. Mögliche Kernelemente des Modells:

- Arbeitgeber und Arbeitnehmer zahlen einen **entgeltbezogenen Beitrag**. An der gemeinsamen Finanzierung wird insoweit festgehalten. Ggf. werden der Arbeitgeber- und der Arbeitnehmeranteil – auf unterschiedlichem Niveau - fixiert.
- Der KV-Gesamtbeitrag fließt nicht mehr an die Einzugsstellen, sondern an einen neu einzurichtenden **Gesundheitspool/-fonds**.
- Gegenstand der gegenwärtigen Diskussion ist auch, die Beitragsbemessungsgrundlage zu verbreitern. In diesem Fall hätten die Versicherten zusätzliche Beiträge aus **sonstigen Einnahmen** zu entrichten. Grundsätzlich sind hierbei zwei Alternativen denkbar:
Der Versicherte zahlt den Beitrag aus sonstigen Einkünften unmittelbar an seine Krankenkasse, die diesen Zusatzbeitrag individuell ermittelt oder die Zusatzbeiträge werden im Rahmen der Steuererklärung erhoben und von der Finanzverwaltung an den Gesundheitsfonds abgeliefert.
- Der Gesundheitsfonds bestätigt dem Arbeitnehmer die Zahlung von Beiträgen zur Vorlage bei der Krankenkasse seiner Wahl (**Gutschein-System**). Diese stellt daraufhin die Leistungsgewährung sicher.
- Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds je Versicherten einen einheitlichen Betrag (**Kopfpauschale**); er entspricht dem Durchschnittsbeitrag aller Versicherten. Als Höhe werden etwa 150 € genannt. Dies würde den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben im RSA entsprechen.
- Die sich ggf. ergebende Unterdeckung müsste, so die Vermutung - durch versichertenbezogene **Kopfprämien** kompensiert werden. Bei vorliegender Überdeckung könnte die Krankenkasse Teile der Kopfprämie an den Versicherten rückerstatten.

6. Wie sind die aktuellen Reformvorschläge der Politik zu bewerten?

Finanztechnisch

- Der Fonds verändert lediglich die Finanzströme, lindert aber nicht den enormen Finanzdruck

Verteilungspolitisch

- Die "kleine" Kopfprämie, als Teil der Fondslösung, ist der **Einstieg in den Ausstieg aus der solidarischen Finanzierung**. Sie führt zu einer Verdreifachung der Höhe durch zusätzlichen Beitragsbedarf allein bis zum Ende der Legislaturperiode. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit eines aufwendigen Sozialausgleichs aus Steuermitteln.
 - Eine solche Kopfprämie ist sozial höchst ungerecht und belastet überproportional niedrigere Einkommen. Sie führt zu einer weiteren Privatisierungen des Gesundheitsrisikos durch Zuzahlungsausweitungen und Leistungsausgrenzungen, somit zu **Belastungsungerechtigkeiten und Überforderungen** und faktisch zu einer Einschränkung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen.
 - **Beispielrechnung:** Eine Prämie in Höhe von 20 € monatlich belastet einen Versicherten mit Einkommen 1000 € mit 2%, einen Versicherten mit Einkommen 3500 € lediglich mit rd. 0,6 %.

Wirtschaftspolitisch

- Ein (bisher nicht vorgesehener) sozialer Ausgleich, der bei sich schnell verteuern den Prämien dann nachgeschoben werden müsste, weil immer mehr Menschen die Prämie nicht aufbringen könnten, programmiert weitere Zusatzbelastungen für die Steuerzahler und die Wirtschaft

Wettbewerbs- und versorgungspolitisch

- Der Fonds schafft nicht mehr Wettbewerb, sondern falschen Wettbewerb zwischen den Kassen ("Rosinenpickerei"), da die meisten Kassen sich nur noch um die gesündesten Versicherten bemühen würden, um die Prämie niedrig zu halten. Wettbewerb um gute Versorgungskonzepte bleibt damit auf der Strecke.
- Die Grundidee, Transparenz über ineffizient arbeitende Kassen zu schaffen, (hohe Sonderprämie als Zeichen der Ineffizienz), geht völlig an der Realität vorbei. Die Höhe der Sonderprämie gibt in erster Linie Auskunft über die Versichertenstruktur; eine hohe Sonderprämie müsste deshalb vor allem von den großen Versorgerkassen erhoben werden.
- Die daraus entstehende Wechseldynamik der Versicherten kann nur geschätzt werden. Es ist aber davon auszugehen, dass die markant unterschiedlichen Euro-Beträge der Prämie zu einer hohen Wechselbereitschaft führen werden. Einer solchen Wechselbereitschaft stehen die Klassen nicht negativ gegenüber, sie befürchten nur eine versorgungspolitisch problematische Wettbewerbsdynamik.

Ordnungspolitisch

- Gefahr der Verstaatlichung der GKV durch Aufgabe ihres Sozialversicherungscharakters, da die Beiträge nicht der Krankenversicherung, sondern einem staatlichen Fonds geschuldet werden.

Bürokratietechnisch

- **Vervielfachung der Bürokratie des Beitragseinzugs** durch staatlichen Gesundheitsfonds (einkommensabhängige GKV-Beiträge an den Gesundheitsfonds, "kleine" Kopfprämie an die Krankenkasse und sonstige Sozialversicherungsbeiträge an noch zu bestimmende Institution), was die Verwaltungskosten der Sozialversicherungen insgesamt erhöhen wird.
 - kostenaufwändige Verwaltung, da Schaffung einer neuen Institution
 - kostenaufwändiger Beitragseinzug: statt bisher Krankenkassen für alle Sozialversicherungsbeiträge dann dreifacher Einzug: Krankenkassen für "kleine" Kopfpauschalen, Fonds für einkommensbezogene Beiträge, weitere Institution für Beiträge anderer Sozialversicherungen (Rente, BA); s. Punkt 6

7. Bürokratischer Aufwand durch Änderungen im Beitragseinzugsverfahren

Es zeichnet sich deutlich ab, dass ein solcher Fonds eine enorme Vergrößerung der hierfür erforderlichen Verwaltungsstrukturen erforderlich macht – die Bürokratie wird also nicht geringer, sondern erheblich größer.

- **Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge heute**
Die Beiträge für Arbeitnehmer werden heute weitgehend paritätisch von den Beschäftigten und ihren Arbeitgebern aufgebracht. Dies gilt sowohl für die
 - Kranken- und Pflegeversicherung als auch für die
 - Rentenversicherung und
 - Arbeitslosenversicherung
- **Für alle Zweige der Sozialversicherung werden dabei ein und dieselben Strukturen bei den Einzugsstellen (Krankenkassen) genutzt.**
- Zu diesem Zweck sind durch den Arbeitgeber folgende Schritte erforderlich:
 1. Klärung des Versicherungsverhältnisses zur KV, PV, RV und ALV mit der Krankenkasse
 2. Erstellung der verschiedenen Meldungen für die Sozialversicherung
 3. Berechnung der Beiträge
 4. Nachweis der Beiträge (Erstellen eines gemeinsamen Beitragsnachweises für KV-, PV-, RV- und ALV-Beiträge)
 5. Abführung/Überweisung der Beiträge an die Krankenkasse
- Die Krankenkasse nimmt die Meldungen, Beitragsnachweise sowie die Beitragszahlungen an und leitet die Anteile der Renten- und Arbeitslosenversicherung tagesgleich an diese weiter. Dieses **Verfahren** hat sich **bewährt** und wird seit Jahrzehnten **reibungslos praktiziert**.
- **Einzug der Krankenversicherungsbeiträge durch einen Gesundheitsfonds**
Künftig – so die Überlegungen – sollen die Krankenversicherungsbeiträge der Arbeitnehmer (und zwar nur diese) in einen Fonds gezahlt werden. Die Beitragsanteile von Arbeitgeber und Arbeitnehmer sollen dabei bundeseinheitlich festgelegt werden. Zwar würde der Arbeitgeber dann nicht mehr zwischen den verschiedenen Beitragssätzen der Krankenkassen unterscheiden müssen; jedoch

kann dieser Aspekt im Zeitalter der ausschließlich maschinell vorzunehmenden Lohn- und Gehaltsabrechnung vernachlässigt werden.

- Auch weiterhin hätte der Arbeitgeber die auch heute erforderlichen Schritte (Klärung des Versicherungsverhältnisses, Meldungen, Beitragsnachweis und Beitragszahlung) unverändert mit der Einzugsstelle vorzunehmen.
- **Aus Sicht des Arbeitgebers würden sich also keine maßgeblichen Vereinfachungen ergeben.**
- Um den Beitragseinzug einschließlich der Beitragsüberwachung und der Bearbeitung von Beitragsrückständen sicherzustellen, bedarf es bei einem Fonds nahezu exakt der gleichen Strukturen, wie sie bislang von den Krankenkassen vorgehalten werden.
- **Diese Strukturen fallen jedoch bei den Krankenkassen nicht weg. Sie sind für den Einzug der Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge vielmehr weiterhin vorzuhalten.**
- **Es kommt also zu einem zusätzlichen Aufbau von identischen Verwaltungsapparaten.**
- Gegenwärtig sind im Bereich "Beiträge" innerhalb der GKV schätzungsweise rund 10.000 Mitarbeiter beschäftigt. Die Erfahrungen mit der Minijob-Zentrale zeigen ganz eindeutig, dass neu aufzubauende Strukturen an einer Stelle nicht im gleichen Umfang an anderer Stelle abgebaut werden können.
- **Allein durch die mit dem Gesundheitsfonds vorzuhaltenden Doppel-Strukturen drohen dem System Mehrkosten von bis zu 1 Milliarde Euro.**
- **Beiträge der sog. Selbstzahler:**
Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die GKV weiterhin für den Einzug der Beiträge der sog. "Selbstzahler" zuständig bleibt, da deren Beiträge nicht über einen Arbeitgeber an den Fonds abgeführt werden können. Freiwillig Versicherte, Studenten, Selbstständige usw. würden ihre Beiträge also einkommensabhängig weiterhin an die Krankenkasse zu zahlen haben. Auch hierfür müsste die GKV weiterhin entsprechende Verwaltungsressourcen vorhalten und ggfs. zusätzliches Personal.
- **Individuelle Beitragskonten für die Zusatzprämie:**
Außerdem hätten die Krankenkassen Personal und Strukturen für den Einzug der angedachten ergänzenden Gesundheitsprämie vorzuhalten. Reichen die aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen auszahlenden Pauschalen nicht aus, sollen die Krankenkassen zusätzliche Beiträge von den Versicherten einziehen. Dies würde zu einer weiteren massiven Aufblähung der Verwaltungsapparate führen. Die Krankenkassen hätten für jeden Versicherten Beiträge einzuziehen; für jeden Versicherten wäre ein entsprechendes Beitragskonto anzulegen, zu überwachen und Rückstände zu bearbeiten (Zahlungserinnerungen, Mahnungen, Vollstreckungen).

- **Aufbau zusätzlicher Meldeflüsse:**

Problematisch würde sich bei Einrichtung des Gesundheitsfonds auch das Meldeverfahren gestalten. Bislang hat der Arbeitgeber die unterschiedlichen Sachverhaltskonstellationen (Beginn und Ende einer Beschäftigung, Jahresentgeltmeldungen, Unterbrechung der Beschäftigung usw.) gegenüber der Krankenkasse zu melden. Durch die enge Verzahnung der Zuständigkeit der Krankenkasse für das Mitgliedschafts- und Beitragsrecht ist insoweit eine reibungslose Abwicklung dieser Geschäftsvorfälle gewährleistet.

Künftig müssten die Meldungen an den Gesundheitsfonds fließen. Dies allein schon deshalb, damit der Fonds über beitragspflichtige Zeiten Kenntnis erlangt und eine korrekte Beitragsüberwachung sicherstellen kann. Die Informationen dieser Meldungen müssten jedoch auch an die Krankenkassen weitergeleitet werden, damit die Mitgliedschaften und damit einhergehend die soziale Absicherung in Form der Leistungsgewährung (z.B. Krankengeld) sowie der Beitragseinzug für die Renten- und Arbeitslosenversicherung ordnungsgemäß durchgeführt werden können. Es käme zu einem Aufbau von zusätzlichen Meldefläßen.

Zwischenfazit:

Der angedachte Gesundheitsfonds schafft hinsichtlich des Melde- und Beitragverfahrens keinerlei Vereinfachungen.

Im Gegenteil: Es entstünde die Notwendigkeit, neue Strukturen aufzubauen, ohne diese im gleichen Umfang an bisheriger Stelle abbauen zu können. Im Ergebnis führt dies zu einer erheblichen Mehrbelastung der Versicherten und Arbeitgeber in Höhe von schätzungsweise rund 1 Mrd. €.

8. Umsetzungsprobleme beim Beitragseinzug der Zusatzprämie

Bei der Erhebung eines kassenindividuellen Zusatzbeitrags (Prämie) sind Probleme zu erwarten, wenn Versicherte den Beitrag nicht bezahlen und auf Mahnungen nicht reagieren. Das letzte Mittel der Kassen bildet die Vollstreckung, die jedoch bei einem Teil der Versicherten nicht durchführbar ist, da deren Einkommen unter der Pfändungsfreigrenze liegt und nicht gepfändet werden kann (Pfändungsfreigrenze bei Einzelpersonen: 989,99 €, Personen mit Unterhaltspflicht für eine Person bei 1359,99 €). U.a. folgende Personengruppen sind zu berücksichtigen:

- **Bei einem großen Teil der Versicherten könnte der Einzug einer Prämie auf Schwierigkeiten stoßen. Dies gilt insbesondere für Regionen mit vielen sozial schwächeren Versicherten.**
- **Eine Zwangsvollstreckung ausstehender Beiträge ist bei einer monatlichen Prämie von 15 € wenig wirtschaftlich und bei einem Teil der Versicherten nicht durchführbar.**
- **Was passiert mit dem Versicherungsschutz, wenn die Versicherten die Prämien nicht bezahlen (können)? Kann die Krankenkasse dem Versicherten kündigen?**
- **Falls erhebliche Beitragsrückstände zu einem Verlust des Versicherungsschutzes führen, bestehen hier für sozial schwache Versicherte erhebliche Gefahren.**
- **Sozial schwache Versicherte sind für Krankenkassen aufgrund ihrer erhöhten Morbidität schlechte Risiken. Durch die Gefahr der Nichtzahlung der Prämie , die bei dieser Gruppe hoch ist, fordert die Politik die Kassen geradezu auf, eine sozial unerwünschten Risikoselektion durchzuführen, die gegen das Grundverständnis der gesetzlichen Krankenversicherung verstößt..**

9. Fazit: Die aktuellen Reformvorschläge der Politik lösen die entscheidenden Probleme im Gesundheitswesen nicht. Der Fonds führt zu einem politisch nicht legitimierten Systemwechsel.

Ein Systemwechsel ist zu erwarten, da

- weitgehender **Verlust der Finanzautonomie bei den Krankenkassen** durch Zuweisung der Mittel aus dem staatlichen Gesundheitsfonds; Festsetzung der einkommensbezogenen Beiträge durch den Gesetzgeber oder das BMG
- weitgehende Ersetzung der selbstverwalteten staatsfernen Steuerung des Gesundheitswesens durch eine **staatliche Steuerung** (Regulierungsbehörde – Bundesagentur für Gesundheit).

Insbesondere in Hinblick auf den Zugang zu Gesundheitsleistungen gehört das deutsche Gesundheitswesen zu den besten der Welt. Staatliche Gesundheitssysteme stehen nicht in diesem Ruf (z.B. Wartelisten). Ein entsprechender Systemwechsel könnte deshalb nur bei Vorliegen erheblicher Vorteile an anderer Stelle in Erwägung gezogen werden. Solche Vorteile sind jedoch bei den angesprochenen Maßnahmen nicht erkennbar. Die im Moment diskutierten

Reformvorschläge lösen weder die Probleme auf der Einnahmen- noch die auf der Ausgabenseite des deutschen Gesundheitswesens. Sie verbessern weder Effizienz noch Effektivität der Versorgung. Es sollte deshalb von diesen Maßnahmen Abstand genommen werden.